

兵庫県立尼崎総合医療センター  
《胎児診療外来診察》 予約依頼票

FAX送信先：(06) 6480-7721 地域医療連携センター

※(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

お問い合わせは、電話：(06) - 6480-7720までお願いいたします。

申込日 令和 年 月 日

希望受診日

(診察は 月曜日 PM 火曜日 AM・PM です)

(9月以降の診察は

月曜日 PM 木曜日 AM・PM です)

① 希望日なし

② 月 日

③ 月 日

④ 月 日

医療機関名：

医師名：

所在地：

TEL：

FAX：

患者様の状況

ご紹介元医療機関にて外来待機中

帰宅されている

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	昭・平 年 月 日
	(旧姓)		( 歳)
住所 電話番号	〒 - Tel. - -		
当院への 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (診察券番号： ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
紹介目的	分娩予定日 年 月 日 ( 現在 妊娠 週 日) 紹介理由 ( ) 分娩予定施設 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 尼崎総合医療センター <input type="checkbox"/> その他 ( )		

\* 折り返し、FAXにて「予約回答書」、「診察申込書」などの必要書類を返信させていただきます。  
受付時間：《平日》午前8時45分～午後7時30分、《土曜日》午前8時45分～午前12時  
《日曜日・休日》受け業務なし TEL: (06) 6480-7720(直通)

なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受け付けは翌日対応となります。

\* 来院の際には、必ず保険証、各受給者証、詳細な病状を記した「紹介状：診療情報提供書」を持参の上、当院の「初診受付」へお越しくださるようお願いいたします。